EL DESASTRE DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO

SALVADOR RANGEL ABUD

EL DESASTRE DE LA PANDEMIA DE COVID-19
Salvador Rangel Abud

SINOPSIS

Entre 2020 y 2023, México registró oficialmente más de 334,000 muertes por COVID-19.
El exceso de mortalidad documentado alcanzó aproximadamente 804,000 defunciones adicionales.

Este ensayo analiza, con base en datos internacionales y evidencia técnica, cómo decisiones específicas en pruebas diagnósticas, vigilancia epidemiológica, comunicación pública y vacunación contribuyeron a uno de los peores desempeños sanitarios del mundo.

No es un relato político. Es una evaluación técnica de gestión pública y responsabilidad institucional.

SOBRE EL AUTOR

Salvador Rangel Abud es médico cirujano, especialista en salud pública, maestro en administración de hospitales y doctorando en ciencias.

En este trabajo examina la gestión mexicana de la pandemia desde la perspectiva epidemiológica, comparativa y jurídica, evaluando si los resultados fueron producto de incompetencia, negligencia o decisiones conscientes.

DETALLES DE PUBLICACIÓN

Título: El Desastre de la Pandemia de COVID-19
Autor: Salvador Rangel Abud
Género: Ensayo técnico / Análisis de política sanitaria
Periodo analizado: 2020–2023
Tema central: Gestión de la pandemia en México
Idioma: Español
Año de publicación: 2026
Plataforma: Internet Archive — Acceso abierto
Licencia: CC BY-NC-ND 4.0
Contacto: wrangel.1352@gmail.com

NOTA DEL AUTOR

Las pandemias no solo son crisis biológicas. Son pruebas institucionales.

La evidencia comparativa demuestra que muchas de las muertes en México eran evitables con decisiones oportunas y basadas en ciencia.

Este documento no busca revancha, sino memoria, análisis y reformas estructurales para que una tragedia semejante no vuelva a repetirse.

PALABRAS CLAVE

COVID-19 · exceso de mortalidad · salud pública · negligencia institucional · gestión de pandemia · México · rendición de cuentas · política sanitaria

---

MENSAJE FINAL

La próxima pandemia no es una posibilidad: es una certeza histórica.

La diferencia entre miles y cientos de miles de muertes dependerá de lo que aprendamos —o decidamos ignorar— de esta.

© 2026 Salvador Rangel Abud · CC BY-NC-ND 4.0 · Internet Archive

EL DESASTRE DE LA PANDEMIA DE COVID-19

LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO

Un análisis técnico de las decisiones que costaron cientos de miles de vidas

Dr. Salvador Rangel Abud
Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública,
Maestro en Administración Hospitalaria y
Doctorando en Ciencias

RESUMEN EJECUTIVO

Entre marzo de 2020 y diciembre de 2023, México registró oficialmente 334,336 defunciones por COVID-19. Sin embargo, el exceso de mortalidad documentado por el INEGI para el mismo período alcanzó 804,000 muertes adicionales comparadas con la mortalidad esperada, lo que coloca a México como uno de los países con peor desempeño en la gestión de la pandemia a nivel mundial.

Este ensayo analiza las decisiones específicas que llevaron a este resultado catastrófico, identifica a los responsables institucionales, evalúa si hubo incompetencia, negligencia o ambas, y plantea las acciones necesarias para evitar que una tragedia de esta magnitud se repita.

La conclusión central es que el exceso de mortalidad en México no fue inevitable ni fue producto exclusivo de factores socioeconómicos estructurales, sino el resultado directo de decisiones erróneas tomadas por funcionarios específicos en momentos críticos, combinadas con la ausencia de mecanismos institucionales efectivos de rendición de cuentas.

EL DESASTRE EN NÚMEROS
CONTEXTO INTERNACIONAL

Para dimensionar adecuadamente el desempeño de México durante la pandemia, es necesario establecer primero el contexto internacional.

Mortalidad por COVID-19 per cápita

(muertes por 100,000 habitantes, datos acumulados 2020-2023)

Países con peor desempeño:

- Perú: 647 muertes/100,000 hab
- Bulgaria: 566 muertes/100,000 hab

- Bosnia-Herzegovina: 520 muertes/100,000 hab
- **México: 487 muertes/100,000 hab** (con exceso de mortalidad)
- Estados Unidos: 341 muertes/100,000 hab

Países con mejor desempeño en América Latina:

- Cuba: 84 muertes/100,000 hab
- Costa Rica: 198 muertes/100,000 hab
- Chile: 287 muertes/100,000 hab
- Uruguay: 245 muertes/100,000 hab

Países de referencia global:

- Alemania: 201 muertes/100,000 hab
- Canadá: 152 muertes/100,000 hab
- Corea del Sur: 63 muertes/100,000 hab
- Japón: 71 muertes/100,000 hab
- Nueva Zelanda: 34 muertes/100,000 hab

Estos datos, provenientes de la base de datos de exceso de mortalidad del proyecto *The Economist* y validados por organismos internacionales, demuestran que México tuvo uno de los peores desempeños del mundo, superado solo por Perú y algunos países de Europa del Este con sistemas de salud históricamente débiles.

Más revelador aún: México tuvo peor desempeño que países con niveles de desarrollo económico similares o inferiores (Costa Rica, Cuba, Uruguay) y mucho peor que países con estructuras demográficas comparables (Chile, Argentina, Colombia).

¿POR QUÉ NO SE PUDO CONTENER OPORTUNAMENTE EL BROTE?

1. Negación Inicial y Retraso en Implementación de Medidas

El primer caso de COVID-19 en México se confirmó el 28 de febrero de 2020. Para esa fecha, Italia ya había documentado más de 1,000 casos y había implementado cuarentenas regionales. Corea del Sur había desplegado un sistema masivo de pruebas y rastreo de contactos. China había confinado a más de 50 millones de personas en la provincia de Hubei.

México, con la ventaja de observar lo que ocurría en otros países, tuvo una ventana de aproximadamente seis semanas para prepararse entre que la OMS declaró la emergencia internacional (30 de enero) y que el virus llegó al territorio nacional.

¿Qué hizo entonces México en esas seis semanas críticas?

1. **No se adquirieron equipos de protección personal en cantidad suficiente.** Cuando la pandemia escaló en abril, los hospitales reportaron desabasto crítico de mascarillas N95, batas y guantes.
2. **No se expandió la capacidad de pruebas diagnósticas.** México implementó un modelo de "vigilancia centinela" que monitoreaba solo una muestra de casos, en lugar de hacer pruebas masivas como hicieron Corea del Sur, Alemania o Vietnam.

3. **No se estableció un sistema de rastreo de contactos.** A diferencia de países que contuvieron efectivamente el virus (Taiwán, Singapur, Nueva Zelanda), México nunca desarrolló capacidad robusta de rastreo de contactos.
4. **No se restringieron los vuelos internacionales provenientes de zonas de alto riesgo.** Mientras otros países cerraban fronteras o implementaban cuarentenas obligatorias para viajeros, México mantuvo su política de fronteras abiertas hasta marzo.

2. La Estrategia de "Aplanamiento de la Curva" Sin Infraestructura para Sostenerla

El gobierno adoptó retóricamente la estrategia de "aplanar la curva" para evitar la saturación hospitalaria. El problema es que esta estrategia requiere:

1. **Capacidad de pruebas masivas** para identificar casos
2. **Rastreo efectivo de contactos** para cortar cadenas de transmisión
3. **Aislamiento efectivo de casos** con apoyo económico
4. **Expansión rápida de capacidad hospitalaria**

México implementó solo parcialmente el punto 4 (se crearon hospitales temporales) pero falló completamente en los puntos 1, 2 y 3, que son los que realmente "aplanan la curva". El resultado fue predecible: la curva nunca se aplanó realmente, solo se extendió en el tiempo, acumulando muertes durante meses.

3. El Modelo de Vigilancia Centinela, fue en error estratégico fundamental

Una de las decisiones más cuestionables fue mantener el modelo de vigilancia centinela —diseñado para influenza estacional— durante una pandemia que requería detección masiva.

¿Qué es la vigilancia centinela? Es un sistema que monitorea una *muestra* de unidades de salud (475 en el caso de México) para estimar tendencias poblacionales. Funciona para influenza porque conocemos bien su comportamiento estacional y no necesitamos identificar cada caso.

¿Por qué fue inadecuado para COVID-19? Porque con un virus nuevo, altamente transmisible, sin inmunidad poblacional y sin tratamiento específico, necesitas identificar, aislar y rastrear *cada caso* para romper las cadenas de transmisión. No puedes combatir un incendio monitoreando solo algunas zonas del bosque.

Países que controlaron efectivamente la pandemia (Corea del Sur, Vietnam, Taiwan, Nueva Zelanda) hicieron exactamente lo opuesto: pruebas masivas, rastreo exhaustivo, aislamiento inmediato.

México nunca hizo la transición del modelo centinela a un modelo de detección masiva, argumentando que "no había capacidad" para hacer pruebas a todos. Esto es falso: la capacidad se construye. Corea del Sur estaba haciendo 20,000 pruebas diarias en marzo de 2020. México hacía menos de 3,000.

LOS PRINCIPALES DESATINOS

A. Las Conferencias Vespertinas: Espectáculo Sobre Ciencia

Las conferencias de prensa diarias, que comenzaron el 2 de marzo de 2020 y continuaron hasta mayo de 2022, se convirtieron en el símbolo de la gestión mexicana de la pandemia. También fueron uno de sus principales problemas.

Problemas identificados:

1. **Tiempo excesivo dedicado a comunicación vs acción operativa** Las conferencias duraban entre 60 y 90 minutos diarios. El subsecretario encargado de la estrategia dedicaba aproximadamente 10-15 horas semanales a preparar y conducir estas conferencias. Ese tiempo no se dedicó a:
    - Coordinar expansión de capacidad de pruebas
    - Supervisar adquisiciones de EPP
    - Diseñar protocolos de rastreo de contactos
    - Coordinar con estados para homologar estrategias
2. **Generación de falsa sensación de control** Las gráficas, proyecciones y explicaciones técnicas daban la impresión de que había un plan sólido basado en datos. La realidad era que muchas de esas proyecciones resultaron incorrectas y el "semáforo epidemiológico" se manejó más con criterios políticos que epidemiológicos.
3. **Mensajes contradictorios sobre uso de cubrebocas** Durante meses, el subsecretario minimizó la importancia del uso universal de mascarillas, argumentando que "no había evidencia suficiente". Esto contradecía las recomendaciones de la OMS (desde junio 2020) y la práctica de países exitosos en controlar el virus.

4. **Sub reporte sistemático de datos** Al usar solo el modelo centinela y no hacer pruebas masivas, los datos presentados diariamente subestimaban dramáticamente la magnitud real de la epidemia. Los funcionarios sabían esto, pero presentaban los números como si fueran representativos de la realidad total.

B. Rechazo a Medidas No Farmacológicas Efectivas

México fue uno de los últimos países en implementar confinamientos y uno de los primeros en levantarlos. La justificación oficial era que "la economía no podía detenerse". El problema con este argumento es que es una falsa dicotomía.

La evidencia internacional muestra:

- Países que implementaron confinamientos tempranos y agresivos (Nueva Zelanda, Vietnam, Australia) tuvieron menos muertes Y menor impacto económico a largo plazo
- Países que evitaron confinamientos (Suecia, Brasil inicialmente, Estados Unidos bajo Trump) tuvieron más muertes Y mayor impacto económico
- La razón es simple: un virus sin control colapsa los sistemas de salud, mata trabajadores productivos y genera incertidumbre que paraliza la economía de todos modos

México optó por una estrategia intermedia: confinamientos tibios, implementados tarde, levantados temprano. El resultado fue el peor de ambos mundos: muchas muertes Y grave impacto económico.

C. Adquisiciones de Equipos e Insumos: Corrupción y Negligencia

La pandemia expuso las debilidades estructurales del sistema de adquisiciones mexicano:

1. **Contratos adjudicados por invitación directa** a empresas sin experiencia en el sector salud, muchas de ellas constituidas semanas antes de recibir contratos millonarios
2. **Sobreprecio documentado** en ventiladores, mascarillas y otros equipos. La ASF documentó sobreprecios de hasta 300% en algunos contratos.
3. **Equipos defectuosos o que nunca llegaron**. Casos documentados de ventiladores que no funcionaban, mascarillas que no cumplían especificaciones, pruebas diagnósticas de baja calidad.
4. **Opacidad en las licitaciones**. Múltiples contratos clasificados como "confidenciales" por "razones de seguridad nacional", impidiendo auditorías oportunas.

D. Vacunación: Lenta, Desorganizada y Perversamente Politizada

Cuando llegaron las vacunas a finales de 2020, México tenía la oportunidad de compensar los errores anteriores con una campaña de vacunación rápida y eficiente.

No lo hizo.

Problemas en la estrategia de vacunación:

1. **Inicio tardío comparado con países similares**
    - Chile comenzó vacunación masiva: 3 de febrero 2021
    - Brasil: 18 de enero 2021
    - Argentina: 29 de diciembre 2020
    - México: 24 de diciembre 2020 (solo personal de salud, vacunación masiva hasta marzo 2021)
2. **Logística deficiente**
    - Falta de claridad en el padrón de vacunación
    - Cambios frecuentes en la priorización de grupos
    - Centros de vacunación insuficientes generando aglomeraciones
    - Desperdicio de dosis por problemas de cadena de frío
3. **Politización del proceso**
    - Uso de la Secretaría de Bienestar (no de Salud) para coordinar
    - Negativa inicial a vacunar en clínicas privadas
    - Promoción política del "Plan Nacional de Vacunación"
4. **Velocidad inferior a capacidad instalada**
    - México tenía capacidad para aplicar 1 millón de dosis diarias
    - Durante meses solo aplicó 300,000-400,000 diarias
    - La razón no fue falta de vacunas (había inventario) sino problemas logísticos

Resultado: Para diciembre de 2021, cuando Ómicron llegó a México, solo el 57% de la población estaba completamente vacunada, comparado con 70-80% en Chile, Uruguay y Argentina.

CÓMO DEBIÓ ENFRENTARSE LA PANDEMIA

Existen múltiples modelos exitosos que México pudo haber seguido:

A. El Modelo "Supresión Agresiva" (Nueva Zelanda, Vietnam, Australia)

Elementos clave:

1. Cierre inmediato de fronteras al detectarse el primer caso

2. Confinamiento estricto de 4-6 semanas
3. Pruebas masivas y rastreo exhaustivo de contactos
4. Apoyo económico a personas en aislamiento
5. Comunicación clara y unificada

Resultados:

- Nueva Zelanda: 34 muertes/100,000 hab (14 veces menos que México)
- Vietnam: 43 muertes/100,000 hab (11 veces menos que México)
- Australia: 89 muertes/100,000 hab (5 veces menos que México)

¿Por qué México no lo hizo? El argumento oficial era que "México no es una isla" y "no podemos cerrar la economía". Ambos argumentos son falsos:

- Vietnam tampoco es una isla y comparte frontera terrestre con China
- Australia cerró su economía 6 semanas y luego la reabrió completamente, con mejor resultado económico final que México

B. El Modelo "Pruebas y Rastreo Masivo" (Corea del Sur, Alemania)

Elementos clave:

1. Expansión inmediata de capacidad de pruebas (20,000-50,000 diarias)
2. Sistema digitalizado de rastreo de contactos
3. Aislamiento efectivo de casos con apoyo estatal
4. Uso obligatorio de mascarillas en espacios públicos
5. Sin confinamientos totales, solo confinamientos focalizados

Resultados:

- Corea del Sur: 63 muertes/100,000 hab (8 veces menos que México)
- Alemania: 201 muertes/100,000 hab (2.4 veces menos que México)

¿Por qué México no lo hizo? La explicación oficial era que "no había capacidad para hacer tantas pruebas". Esto es técnicamente falso. México tiene:

- 32 laboratorios estatales de salud pública
- Cientos de laboratorios privados certificados
- Capacidad instalada que se utilizó al 30-40% durante la pandemia

Lo que faltó no fue capacidad técnica sino decisión política de invertir en pruebas masivas.

Entonces es fácil ver la comparación con:

C. El Modelo que México SÍ Siguió (igual que Brasil e India en un principio)

México optó por un modelo similar al que siguieron Brasil bajo Bolsonaro e India en su fase inicial:

1. Minimización del riesgo en etapa temprana
2. Rechazo a confinamientos estrictos
3. Pruebas limitadas (solo casos graves)
4. Énfasis en "inmunidad de rebaño natural"
5. Comunicación contradictoria

Resultados comparados:

- Brasil: 352 muertes/100,000 hab
- India: 39 muertes/100,000 hab (pero con ***subregistro masivo documentado***)
- México: 487 muertes/100,000 hab (usando exceso de mortalidad)

Incluso comparado con países que siguieron estrategias similares, México tuvo peor desempeño.

INCOMPETENCIA VS NEGLIGENCIA
ANÁLISIS DE RESPONSABILIDAD

La pregunta central para determinar responsabilidades es: ¿los funcionarios no sabían qué hacer (incompetencia) o sabían pero decidieron no hacerlo (negligencia)?

A. Evidencia de que SÍ Sabían

1. **Acceso a información internacional** Los funcionarios mexicanos tenían acceso a:
- Reportes diarios de la OMS
- Estudios científicos publicados en tiempo real
- Asesoría directa de epidemiólogos internacionales
- Datos de países que ya habían enfrentado el brote
2. **Advertencias internas ignoradas** Documentado en medios y testimonios:
- Médicos del INER advirtiendo sobre necesidad de EPP (ignorados)
- Epidemiólogos estatales pidiendo más pruebas (ignorados)
- COFEPRIS alertando sobre calidad de ventiladores (ignorados)
3. **Cambios de postura tardíos** El hecho de que eventualmente cambiaron políticas (Ej: recomendación de cubrebocas en julio 2020, cuando debió ser en marzo) demuestra que sabían cuál era la medida correcta, solo la implementaron tarde.

B. Elementos de Negligencia

La negligencia requiere tres elementos:

1. Deber de cuidado
2. Incumplimiento de ese deber
3. Daño previsible como resultado

¿Se cumplen estos elementos?

1. **Deber de cuidado**: Sí. Los funcionarios de salud tienen obligación constitucional y legal de proteger la salud pública.
2. **Incumplimiento**: Sí. Documentado en múltiples decisiones:
    - No expandir capacidad de pruebas cuando era técnicamente posible
    - Recomendar contra uso de cubrebocas cuando evidencia internacional lo recomendaba
    - Permitir contratos con sobreprecios y EPP defectuoso
    - No implementar rastreo de contactos
    - Manipular datos del semáforo epidemiológico
3. **Daño previsible**: Sí. La evidencia internacional clara mostraba que estas decisiones causarían muertes adicionales.

C. ¿Se Puede Hablar de Dolo?

Dolo implica intención de causar daño. Es difícil argumentar que los funcionarios *querían* que muriera gente y no queremos siquiera considerarlo por supuesto, pero…

Existe una figura intermedia que es el: **dolo eventual**, que ocurre cuando:

- El actor es capaz de prever que su conducta puede causar un resultado dañino
- A pesar de preverlo, actúa de todos modos, por soberbia o por obediencia.
- Acepta ese resultado como posible consecuencia, pero lo oculta DOLOSAMENTE

¿Se cumplen en este caso las premisas?

Posiblemente. Si acaso los funcionarios:

- Sabían que no hacer pruebas masivas causaría más muertes (tal vez lo sabían)
- Decidieron no hacerlas de todos modos (SI LO DECIDIERON)
- Aceptaron ese exceso de mortalidad como "costo aceptable" (evidencia en declaraciones públicas minimizando letalidad)

Esto configuraría dolo eventual, no incompetencia ni simple negligencia, pero eso solo un GRAN JURADO LO PODRÍA DETERMINAR si hubiera habido una investigación oficial que les proveyera de estos elementos. Nosotros solo planteamos realidades técnicas y escenarios hipotéticos que no hemos podido comprobar.

¿GENOCIDIO CULPOSO?
MARCO LEGAL Y ÉTICO

A. Definición Legal de Genocidio

El genocidio, según la Convención de 1948, requiere:

1. Actos con intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, racial o religioso
2. Intención específica (dolus specialis)

¿Aplica al caso COVID en México?

NO EN SENTIDO ESTRICTO, porque FALTA el elemento de intención de destruir un grupo específico, que es obvio que no se configura en este caso, como algunos medios podrían haber supuesto.

B. ¿Crímenes de Lesa Humanidad?

El Estatuto de Roma define crímenes de lesa humanidad como actos cometidos como parte de un ataque generalizado o sistemático contra población civil, **con conocimiento de dicho ataque**.

Incluye: asesinato, exterminio, otros actos inhumanos que causen sufrimiento o atenten contra salud mental o física.

¿Podría aplicar?

Hay argumentos probablemente:

- "Ataque": Si la negligencia sistemática en proteger a la población, pueda considerarse como un “ataque”
- "Generalizado": Afectó a todo el país
- "Con conocimiento": Evidencia de que sabían las consecuencias

Pero falta:

- Política de Estado explícita de causar daño

Entonces sería más preciso hablar de **negligencia criminal de Estado** que de crímenes de lesa humanidad.

C. Responsabilidad Penal Individual

En derecho mexicano, el **homicidio culposo** se configura cuando:

- Alguien causa la muerte de otro
- Por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos

¿Aplica a funcionarios de salud?

Legalmente es complicado porque:

1. No hay relación directa causa-efecto entre una decisión y una muerte específica
2. Las decisiones de política pública tienen múltiples causas
3. Existen defensas como "actuamos con la información disponible"

Sin embargo, en otros países SÍ se han investigado penalmente:

- Italia: Investigación a funcionarios de Lombardía
- Brasil: Investigación a Bolsonaro por gestión de pandemia
- Francia: Investigación a exministra de salud

México podría y debería hacer lo mismo.

RESPONSABLES REALES DEL PÉSIMO RESULTADO

A. Responsabilidad Directa (Toma de Decisiones)

1. **Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud (2018-2023)**
    - Diseñó e implementó la estrategia nacional
    - Decidió mantener vigilancia centinela vs pruebas masivas
    - Minimizó importancia de cubrebocas
    - Presentó datos que sabía subestimaban realidad
2. **Secretario de Salud (2018-2024)**
    - Responsable final de la estrategia
    - Permitió contratos con sobreprecios
    - No corrigió rumbo cuando evidencia mostraba que estrategia fallaba
3. **Presidente de la República (2018-2024)**
    - Respaldo público a estrategia fallida
    - Minimizó gravedad de la pandemia en múltiples ocasiones
    - Interfirió en decisiones técnicas con criterios políticos
    - Responsabilidad política última

B. Responsabilidad Institucional

1. **Secretaría de Hacienda**
    - Límites presupuestales que impidieron expansión de pruebas
    - Aprobación de contratos con sobreprecios
2. **Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)**

- Aprobación acelerada de equipos que no cumplían estándares
- Falta de supervisión de calidad

3. **Gobiernos Estatales**
   - Implementación deficiente de medidas sanitarias
   - Falta de coordinación con federación
   - Apertura prematura de actividades

C. Responsabilidad por Omisión

1. **Congreso de la Unión**
   - No fiscalizó efectivamente el gasto en pandemia
   - No exigió rendición de cuentas oportuna
   - Aprobó presupuestos insuficientes
2. **Organismos de Derechos Humanos**
   - CNDH emitió recomendaciones débiles
   - No documentó sistemáticamente violaciones a derecho a la salud
3. **Poder Judicial**
   - No respondió a amparos contra negligencia estatal
   - Falta de investigación penal

EL EXCESO DE MORTALIDAD
LA VERDAD EN LOS NÚMEROS

A. Cifras Oficiales vs Realidad

Cifras oficiales (Secretaría de Salud):

- Muertes confirmadas por COVID: 334,336 (2020-2023)

Exceso de mortalidad (INEGI):

- Muertes adicionales vs promedio 2015-2019: 804,000 (2020-2023)

Diferencia: 469,664 muertes

Estas casi 470,000 muertes adicionales no contabilizadas oficialmente como COVID representan:

- Muertes directas de COVID no diagnosticadas (sin prueba)
- Muertes indirectas (personas que no recibieron atención por saturación)
- Muertes por otras causas exacerbadas por la pandemia

B. Comparación Regional

Si México hubiera tenido el desempeño de:

Uruguay (245 muertes/100,000):

- Muertes evitables: ~315,000

Chile (287 muertes/100,000):

- Muertes evitables: ~260,000

Costa Rica (198 muertes/100,000):

- Muertes evitables: ~376,000

Estas cifras son conservadoras y asumen que México, con su sistema de salud debilitado, hubiera alcanzado el desempeño de países con mejores sistemas. Aun así, demuestran que decenas de miles de muertes fueron evitables con mejor gestión.

C. ¿A Quiénes Mató la Pandemia en México?

Análisis del exceso de mortalidad por grupo:

1. **Por edad:**
    - 60+ años: 65% del exceso
    - 40-59 años: 28% del exceso
    - <40 años: 7% del exceso
2. **Por nivel socioeconómico:**
    - Los cinco estados más pobres tuvieron 40% más exceso de mortalidad per cápita que los cinco más ricos
    - La mortalidad fue inversamente proporcional a acceso a servicios de salud
3. **Por ocupación:**
    - Personal de salud sin EPP adecuado
    - Trabajadores informales sin acceso a aislamiento
    - Personal de servicios esenciales

Conclusión: La pandemia exacerbó desigualdades preexistentes. Los pobres, los marginados y los trabajadores de primera línea murieron en proporción mucho mayor que las élites.

ENSEÑANZAS DE LA PANDEMIA

A. Lo Que NO Funcionó

1. **Comunicación sobre ciencia**
    - Las conferencias diarias dieron ilusión de control sin generar acciones efectivas
    - Lección: La comunicación no sustituye la acción
2. **Vigilancia centinela para pandemia**
    - Adecuada para influenza estacional, catastrófica para COVID
    - Lección: Los sistemas deben adaptarse a la amenaza, no al revés
3. **Politización de decisiones técnicas**

- El semáforo epidemiológico se manejó con criterios económicos/políticos
- Lección: Las decisiones de salud deben tomarlas expertos de salud

4. **Centralización sin coordinación**
   - La federación monopolizó decisiones pero no coordinó efectivamente con estados
   - Lección: Centralización requiere capacidad ejecutiva real
5. **Austeridad en crisis**
   - Se limitó gasto en pruebas, EPP y vacunas cuando más se necesitaba
   - Lección: Una pandemia no es momento para austeridad

B. Lo poco que sí funcionó

1. **Expansión de camas hospitalarias**
   - Se crearon hospitales temporales en tiempo récord
   - Aunque no siempre con equipo o personal suficiente
2. **Movilización de personal voluntario**
   - Médicos retirados y estudiantes de medicina se incorporaron
3. **Vacunación eventual de mayoría de población**
   - Aunque lenta y desorganizada, se logró vacunar a más del 70% eventualmente

C. Lecciones Estructurales

1. **Un sistema de salud fragmentado es vulnerable**
   - IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, estatales, privado operaron por separado
   - En emergencia, esta fragmentación mata
2. **La prevención es más barata que la respuesta**
   - Invertir en vigilancia epidemiológica cuesta millones
   - No invertir cuesta cientos de miles de vidas
3. **La transparencia genera confianza y la opacidad lo contrario**
   - La opacidad en datos, contratos y decisiones minó la confianza pública
   - La desconfianza saboteó medidas sanitarias

ACCIONES FUTURAS PARA EVITAR NUEVOS BROTES

A. Reformas Institucionales Urgentes

1. **Crear una Agencia Nacional de Emergencias Sanitarias**
    - Independiente del secretario de Salud en turno
    - Con presupuesto propio no sujeto a austeridad
    - Mandato: preparación, detección temprana, respuesta rápida
    - Modelo: CDC (Estados Unidos), ECDC (Europa), KCDC (Corea del Sur)
2. **Fortalecer vigilancia epidemiológica**
    - Expandir laboratorios de diagnóstico
    - Crear sistema nacional de rastreo de contactos
    - Integrar datos en tiempo real de todas las instituciones
    - Inversión mínima: 0.1% del PIB anual
3. **Reserva estratégica de insumos**
    - Almacenar EPP para al menos 6 meses de emergencia
    - Rotar inventarios para evitar vencimiento
    - Contratos marco preestablecidos con proveedores
4. **Sistema integrado de salud para emergencias**
    - Protocolo para unificar IMSS, ISSSTE, etc. en crisis
    - Intercambio de información en tiempo real
    - Capacidad de reasignar personal entre instituciones

B. Marcos Legales

1. **Ley General de Emergencias Sanitarias**
    - Definir claramente facultades y responsabilidades
    - Establecer mecanismos de rendición de cuentas
    - Protecciones para informantes estratégicos
    - Sanciones para negligencia de funcionarios
2. **Reforma a Ley de Adquisiciones para emergencias**
    - Permitir compras rápidas pero con:
    - Transparencia total en tiempo real
    - Auditorías simultáneas (no post facto)
    - Sanciones automáticas por sobreprecios
3. **Protocolo de transparencia obligatoria**
    - Publicación diaria de datos desagregados
    - Acceso público a modelaje y proyecciones
    - Minutas de decisiones clave

C. Capacitación y Recursos Humanos

1. **Programa permanente de entrenamiento**
    - Simulacros anuales de pandemia
    - Capacitación de personal de salud en protocolos de emergencia
    - Formación de comunicadores de riesgo
2. **Incentivos para especialistas en salud pública**
    - Becas para epidemiología, virología, salud pública
    - Salarios competitivos para retener talento
    - Protección laboral para epidemiólogos

D. Inversión Sostenida

Presupuesto mínimo propuesto:

- Vigilancia epidemiológica: 0.05% del PIB
- Reservas estratégicas: 0.03% del PIB
- Investigación: 0.02% del PIB
- **Total: 0.1% del PIB anual = ~15,000 millones de pesos**

Para contexto: esto es el 3% de lo que se gastó respondiendo a la pandemia. Es literalmente más barato prevenir que curar.

E. Mecanismos de Rendición de Cuentas

1. **Evaluación independiente post crisis**
    - Comisión de expertos internacionales
    - Análisis de cada decisión mayor
    - Recomendaciones vinculantes
2. **Consecuencias para negligencia**
    - Investigaciones penales cuando proceda
    - Inhabilitación de funcionarios negligentes
    - Reparación a víctimas
3. **Memoria histórica**
    - Museo/memorial de la pandemia
    - Archivo digital de todas las decisiones
    - Testimonios de sobrevivientes y familias

CONCLUSIONES

1. **La magnitud del desastre fue evitable**

- México tuvo uno de los peores desempeños mundiales no por fatalidad sino por decisiones específicas
- Países con recursos similares lo hicieron mucho mejor

2. **Hubo negligencia, no solo incompetencia**
   - Los funcionarios sabían qué medidas eran efectivas
   - Decidieron no implementarlas por razones políticas y económicas
   - Esto configura negligencia criminal, posiblemente dolo eventual
3. **Las víctimas fueron desproporcionadamente los vulnerables**
   - Pobres, trabajadores informales, personal de salud sin protección
   - La pandemia fue democrática en su alcance pero profundamente desigual en quién mató
4. **El subregistro fue sistemático y deliberado**
   - El exceso de mortalidad duplica las cifras oficiales
   - No fue error técnico sino decisión de política
5. **No estamos preparados para la próxima pandemia**
   - A febrero de 2026, no se ha implementado ninguna reforma estructural
   - El sistema de salud está más débil que en 2020
   - La memoria es corta y la complacencia peligrosa
6. **La rendición de cuentas es inexistente**
   - Ningún funcionario ha enfrentado consecuencias legales
   - No hay investigación penal seria
   - Las víctimas no tienen reparación

Reflexión Final

Entre 2020 y 2023, México perdió aproximadamente 800,000 vidas adicionales a las esperadas. Si asumimos conservadoramente que la mitad de esas muertes eran evitables con mejor gestión, estamos hablando de 400,000 personas que murieron innecesariamente.

Cuatrocientas mil personas.

Para dimensionarlo: es como si hubieran desaparecido completamente las poblaciones de Querétaro, Colima y Campeche juntas.

Esas 400,000 personas tenían nombres, familias, trabajos, sueños. No eran estadísticas. Eran personas reales cuyas muertes pudieron evitarse si quienes tenían el deber de protegerlas hubieran cumplido con ese deber.

La pregunta no es si pudimos hacerlo mejor. La evidencia internacional demuestra que sí.

La pregunta es: ¿qué vamos a hacer para asegurarnos de que la próxima vez —porque habrá una próxima vez— no repitamos los mismos errores mortales?

La respuesta a esa pregunta determinará cuántas personas vivirán o morirán en la próxima pandemia.

REFERENCIA:

Auditoría Superior de la Federación. (2021). Auditoría financiera y de cumplimiento: 2020-0-06100-02-0265-2021. Cámara de Diputados. https://www.asf.gob.mx/

Auditoría Superior de la Federación. (2022). Evaluación de la Política Pública de Atención a la Emergencia por COVID-19. Cámara de Diputados.

Balmford, B., Annan, J. D., Hargreaves, J. C., Altoè, M., & Bateman, I. J. (2020). Cross-country comparisons of COVID-19: Policy, politics and the price of life. Environmental and Resource Economics, 76(4), 525-551. https://doi.org/10.1007/s10640-020-00466-5

Bilinski, A., & Emanuel, E. J. (2020). COVID-19 and excess all-cause mortality in the US and 18 comparison countries. JAMA, 324(20), 2100-2102. https://doi.org/10.1001/jama.2020.20717

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2020). Recomendación General No. 47/2020 sobre la política nacional de salud en la emergencia por COVID-19. CNDH.

COVID-19 Excess Mortality Collaborators. (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: A systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. The Lancet, 399(10334), 1513-1536. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3

Dirección General de Epidemiología. (2020-2023). Informes técnicos diarios COVID-19 México. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario

Gobierno de México. (2020). Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral. Secretaría de Salud.

Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). Nature Human Behaviour, 5(4), 529-538. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Estadísticas de defunciones registradas 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Estadísticas de defunciones registradas 2021. INEGI. https://www.inegi.org.mx/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Estadísticas de defunciones registradas 2022. INEGI. https://www.inegi.org.mx/

Johns Hopkins University. (2023). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Johns Hopkins University. https://coronavirus.jhu.edu/map.html

Karlinsky, A., & Kobak, D. (2021). Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. eLife, 10, e69336. https://doi.org/10.7554/eLife.69336

López-Calva, L. F. (2021). COVID-19 y la riqueza en la cima: Más multimillonarios y más ricos en ALC tras la crisis. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Lowy Institute. (2021). COVID Performance Index: Deconstructing pandemic responses. Lowy Institute. https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/

Organización Mundial de la Salud. (2020a). Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases. WHO. https://www.who.int/

Organización Mundial de la Salud. (2020b). Advice on the use of masks in the context of COVID-19. WHO. https://www.who.int/

Organización Mundial de la Salud. (2021). COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: Operational Planning Guideline. WHO.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19). OPS. https://www.paho.org/

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Evaluación de capacidades nacionales para la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública: México. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Las lecciones aprendidas de la respuesta a la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva de las Américas. OPS.

Our World in Data. (2023). Coronavirus (COVID-19) vaccinations. https://ourworldindata.org/covid-vaccinations

Ponce de León, S., Suárez, V., Pérez-Padilla, R., Hernández, M., Larenas-Linnemann, D., & Kershenobich, D. (2021). The 2009 pandemic in Mexico: Experience and lessons regarding national preparedness policies for seasonal and epidemic influenza. Gaceta Médica de México, 157(1), 102-108.

Rivera, R., Rosenbaum, J. E., & Quispe, W. (2020). Excess mortality in the United States during the first three months of the COVID-19 pandemic. Epidemiology and Infection, 148, e264. https://doi.org/10.1017/S0950268820002617

Secretaría de Salud. (2020a). Jornada Nacional de Sana Distancia. Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/

Secretaría de Salud. (2020b). Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19. Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2021a). Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de COVID-19 en México. Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2021b). Estrategia de Vacunación Nacional contra el SARS-CoV-2. Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2022). Informe técnico semanal COVID-19 México: Semana 52. Dirección General de Epidemiología.

The Economist. (2023). The pandemic's true death toll: Our daily estimate of excess deaths around the world. https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-estimates

The Lancet COVID-19 Commission. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. The Lancet, 400(10359), 1224-1280. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9

United Nations Development Programme. (2020). COVID-19 and human development: Assessing the crisis, envisioning the recovery. UNDP.

Vilar-Compte, M., Pérez, V., Teruel-Belismelis, G., Flores, D., & Flamand, L. (2022). Cobertura de intervenciones nutricionales en población mexicana vulnerable en el contexto de la pandemia de COVID-19. Salud Pública de México, 64(1), 7-17.

Woolf, S. H., Chapman, D. A., Sabo, R. T., & Zimmerman, E. B. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes in the US, March 1, 2020, to January 2, 2021. JAMA, 325(17), 1786-1789. https://doi.org/10.1001/jama.2021.5199

World Health Organization. (2021). COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021). WHO. https://www.who.int/

World Health Organization. (2022). Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World. WHO.